La confianza inversionista de Santos para la educación superior y la salud

Mario Hernández Álvarez

Médico
Especialista en Bioética
Magíster y Doctor en Historia
Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia

La educación superior y la salud en apariencia son asuntos muy diferentes que se resuelven en sus propios ámbitos y lógicas de organización. Esto es cierto cuando se piensa que un hospital poco tiene que ver con una universidad, a menos que contribuya a formar personal en salud. Pero no lo es si se piensa en la política pública que ordena su provisión en un país determinado. Este artículo muestra la convergencia, cada vez mayor, entre los sectores de la educación y la salud en la política pública del Estado colombiano, a través de una mayor participación de agentes en competencia de mercado y un nuevo papel del Estado como regulador e incorporador de los pobres a los mercados mediante el subsidio a la demanda. Esta opción política no es conveniente para el país y requiere contrastación en el debate público con otras alternativas.

No todos por la misma senda

Educación y salud son necesidades humanas muy importantes para las personas en el mundo globalizado actual. Las dos se han convertido en asuntos fundamentales para las sociedades contemporáneas, porque la longevidad hace cada vez más necesario el cuidado médico y porque la sociedad del conocimiento exige nuevas destrezas de sobrevivencia que antes no se requerían. Uno y otro sector han incrementado de manera exponencial sus costos en las últimas décadas, porque ambos se alimentan del desarrollo tecnológico de una manera cada vez más estructural, y no se trata de tecnologías baratas. Por eso, ningún país ha dejado de discutir sobre la forma de organización de estos sistemas en los últimos años. Pero no todos los países han ido por la misma senda. Luchas

políticas, maneras de articulación a la economía global y acumulados sobre la relación Estado-sociedad explican mejor las diferencias que la aplicación de tal o cual modelo de asignación de recursos.

Qué duda cabe sobre las diferencias en los sistemas de salud y de educación superior de Estados Unidos y de los países europeos. Mientras Estados Unidos insiste en un sistema de atención médica por la vía de los seguros privados y subsidios del Estado para viejos (*Medicare*) y pobres (*Medicaid*), Inglaterra, los países nórdicos, España e Italia siguen pensando que un servicio nacional de salud, con pagador público único, es la mejor opción, sin importar si se es o no pobre[1]. Mientras Colombia impulsa el mercado regulado de aseguramiento con las EPS (empresas promotoras de salud), Brasil sostiene un servicio único de salud y Costa Rica una caja única de seguridad social, a pesar de los muchos intentos para reformarlos[2 3].

Francia sigue teniendo universidades e institutos de educación superior de carácter público, financiados predominantemente por el Estado, mientras Estados Unidos avanza en la incorporación de empresas lucrativas de educación por Internet, como la *University of Pheonix*, que cuenta ya con 455.600 estudiantes y ya es la más grande de ese país[4]. Argentina sostiene la tendencia de la educación masiva a través de universidades públicas desde la reforma universitaria de Córdoba, mientras Brasil avanza en el dualismo público privado, "diversificado" y desigual[5].

De lo anterior se concluye que no hay tal "tren de la historia" por el que avanzan todas las sociedades inexorablemente. En medio de la interdependencia global y las inequidades profundas en el orden capitalista, unas sociedades logran resolver mejor que otras las necesidades humanas, y con menos desigualdades internas. Y esto no es por azar, sino como resultado de procesos históricos en los que participan los seres humanos. No es un asunto exclusivo de unos expertos en economía neoclásica. Es el resultado de la correlación de fuerzas y las asimetrías de poder en cada sociedad. Estos son asuntos de debate público, ético y político entre los miembros de cada sociedad. Por eso, las reformas de los sistemas

1 Davis K, Shoen C, Stremikis K. *Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. 2010 update. London: The Commonwealth Fund, 2010.

2 Cohn A. La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. *Medicina Social/ Social Medicine*, 3 (2), mayo 2008: 87-99 En: www.medicinasocial.info. (consultado: 27-04-11)

3 Rodríguez Herrera A. *La reforma de Salud en Costa Rica*. Santiago de Chile: CEPAL; GTZ, 2005.

4 For-Profit Colleges Change Higher Education's Landscape. *The Chronicle*. February 7, 2010 In: http://chronicle.com/article/For-Profit-Colleges-Change-/64012/ (consultado: 23-04-11)

5 Sobrinho JD, de Brito MRF. La educación Superior en Brasil: principales tendencias y desafíos. *Avaliação, Campinas*, 2 (13), jul. 2008: 487-507. En: http://www.scielo.br/pdf/aval/v13n2/11.pdf (consultado: 28-04-11).

de salud y educación deben ponerse abiertamente en el debate público y no dejarse únicamente en manos de los expertos.

La agenda de reformas promovida por la banca multilateral

Después de la crisis del capitalismo mundial en la década de los 70, no sólo por el incremento de los precios del petróleo, sino también por el cambio tecnológico y la ruptura de los pactos monetarios de Breton Woods, que liberó el dólar de las reservas en oro, el capitalismo global entró en una fase de ajuste que avanzó en un nuevo régimen de acumulación y de regulación. Este nuevo régimen se ha denominado de muchas formas, pero puede describirse bien con el término "financiarización"[6], esto es, el predominio del sector financiero en los procesos de producción, distribución y consumo para la acumulación de riqueza. Se supone que el sector financiero es el motor de la economía global y debe tener total autonomía, debe ordenar la distribución de los recursos "escasos" y el Estado debe garantizar su solidez. No de otra forma se explica la política de rescate del sector financiero del presidente Obama y de la Unión Europea en la crisis de 2008.

La financiarización exigió también la liberalización de una serie de servicios que venían siendo proveídos por los Estados, tales como comunicaciones, pensiones, riesgos profesionales, salud, educación, agua, energía y hasta infraestructura. Junto con la crisis del mundo socialista y de los Estados de bienestar en Europa, el pensamiento neoliberal, promovido de tiempo atrás, encontró su mejor caldo de cultivo desde finales de los 70 y se convirtió en la ideología predominante con propuestas sencillas y funcionales a la financiarización: menos Estado y más mercado, pues el Estado es ineficiente y el mercado logra calidad a menor precio; el Estado debe garantizar los contratos entre agentes de mercado y concentrar sus recursos en incorporar a los pobres al mercado a través del subsidio a la demanda; en fin, la libertad, condición natural del ser humano, se realiza en la libre elección que permite el mercado[7].

El fundamento de esta propuesta no es otro que la aplicación de la corriente neoclásica y neoinstitucionalista en economía a todos estos sectores sociales, partiendo de la base de que todos ellos no son "derechos ciudadanos" sino "servicios públicos". En el centro

---

6 Giraldo C. *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Desde Abajo, CESDE, Universidad Nacional de Colombia: 89-133.

7 Miñana C. Fuentes doctrinales de las recientes reformas. En: Zerda A, Bejarano P., Orjueja F. (eds.) La educación superior. Tendencias, debates y retos para el siglo XXI. Sostenibilidad y financiación. Cátedra Manuel Ancízar. Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas, Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de Colombia, 2009: 65-92.

de estas perspectivas se encuentra la teoría de la "elección racional", que para las políticas se denominó *"public choice"*, para resolver el dilema entre Estado o mercado en estos "servicios". Según esta teoría, es posible diferenciar bienes privados de bienes públicos si se atiende a la racionalidad de los agentes, en especial, de los consumidores, pues ellos siempre están en el cálculo de obtener más por menos. Un bien privado sería aquel que surge de un "deseo" individual, se agota en el consumo individual y, por tanto, excluye de sus beneficios a otros individuos; en estas condiciones, el consumidor beneficiado está dispuesto a pagar y debe pagar por el beneficio. Esos bienes privados, según la teoría, funcionan mejor en el mercado, con libre competencia entre proveedores y libre elección del consumidor, pues obligan a la eficiencia y la calidad del producto y a la baja de precios. La atención de la enfermedad y la educación, en especial la del nivel superior, deben considerarse como bienes privados, pues benefician a cada individuo de manera particular y cumplen el principio de exclusión. En estas condiciones, conviene que el mercado opere y que los beneficiados paguen[8].

Estos bienes privados se garantizan, entonces, en el mercado, según la capacidad de pago de las personas, es decir, según el derecho de propiedad, y permiten garantizar el derecho a la libertad de elección de los ciudadanos. Por cuestión de legitimidad, el Estado deberá "subsidiar" a los que no tengan suficiente capacidad de pago para incorporarlos al mercado; éste, además, se ve fortalecido con este mecanismo, más aún si se hace a través de un servicio financiero, como el aseguramiento o el crédito. De allí surge la idea de detectar a los pobres a través de una encuesta de hogares y dar a cada individuo pobre su título

Lo más importante es la conexión entre los grandes negocios de "servicios públicos", que en el ámbito internacional son hoy de gran calado y se vinculan fácilmente al régimen de financiarización a través del aseguramiento y el crédito.

8 Hernández M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: Restrepo DI. (ed.) *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2003: 347-361.

para obtener subsidio (en Colombia, la encuesta SISBEN, que dio paso al carné de los niveles 1 y 2).

Un bien público sería sólo aquel que afecta a muchos al mismo tiempo, esto es, que tiene "altas externalidades", no se agota en el consumo, por tanto, no permite el principio de exclusión, y por ello, los individuos no están dispuestos a pagar por ellos. Estos deben quedar en manos del Estado por un mecanismo de financiamiento público, aunque la provisión pueda contratarse con agentes de mercado, como en el caso de la infraestructura.

En síntesis, la misma lógica para los dos sectores, aunque tengan cierta especificidad. Lo más importante es la conexión entre estos grandes negocios de "servicios públicos", que en el ámbito internacional son hoy de gran calado y se vinculan fácilmente al régimen de financiarización a través del aseguramiento y el crédito. No por casualidad los servicios de educación, de salud, de aseguramiento y financieros figuran en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios de la Organización Mundial del Comercio (OMC)[9], y se encuentran en todos los tratados de libre comercio que han venido firmando los países pobres con las potencias económicas de Norteamérica y de Europa. Eso sí, con la protección debida de la propiedad intelectual que sostiene las ganancias de la industria farmacéutica transnacional[10].

De dónde viene y para dónde va la propuesta Santos en educación y salud

En los últimos 20 años, Colombia ha sido uno de los países que más ha incorporado el modelo mixto de financiación y prestación público-privado tanto en salud como en educación, aunque con ciertas particularidades[11]. En salud, mediante la Ley 100 de 1993, los servicios de atención de enfermedad son considerados bienes privados, expresados en un "plan de beneficios", proveídos por un mercado regulado de aseguramiento[12] y con subsidio a la demanda. Las epidemias, las campañas

9 Organización Mundial del Comercio. Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios. En: http://www.wto.org/spanish/tratop _ s/serv _ s/gatsintr _ s.htm (consultado 28-04-11).

10 A manera de ejemplo de la lógica de los TLC, ver: Tratado de Libre Comercio Andino-EEUU. En: http://www.tlc.gov.co/eContent/newsDetail.asp?id=5023&IDCompany=37&Profile= (consultado: 30-04-11).

11 Hernández M. (2001) El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1), enero-junio: 57-70.

12 No se trata de un mercado libre, porque el aseguramiento es obligatorio y los aseguradores se pagan con una misma póliza ajustada a riesgos (Unidad de Pago por Capitación-UPC) para que provean un mismo plan de beneficios (Plan Obligatorio de

Fotografía: Informartes

preventivas masivas y los desastres son bienes públicos que deben financiarse por impuestos a través de un plan de intervenciones colectivas (PIC)[13]. En educación, sólo la educación básica podría considerarse bien público, pero con una participación masiva del sector privado y un subsidio a la demanda como la clave del financiamiento público en todos los niveles del sistema[14]. En educación superior, la Ley 30 de 1992 mantuvo el mecanismo de subsidio a la oferta, pero en el límite mínimo de los presupuestos en pesos constantes para universidades e instituciones públicas, y propició la ampliación progresiva del crédito educativo y la participación de prestadores privados en libre competencia[15].

El gobierno del presidente Santos terminó su primer semestre con una reforma a la Ley 100 de 1993, con la intención de resolver, de una vez por todas, los problemas del aseguramiento en salud. Poco después presentó la propuesta de reforma a la Ley 30 de 1992, que define el sistema de educación superior. La argumentación en los dos casos parece un asunto técnico: se requiere aumentar las coberturas, pero los recursos son escasos. La mejor opción es lograr la confluencia de los recursos públicos con los esfuerzos del bolsillo de las familias y la "inversión privada" para lograr los buenos propósitos de salud y educación de la mejor calidad para todos. Por su parte, el Estado fortalecerá su papel regulador y de vigilancia de la calidad de los productos.

En salud, la supuesta reforma se concentra en la profundización del modelo de mercado regulado de aseguramiento con subsidio a la demanda. Con base en este principio, la Ley 1438 de 2011 fue el resultado de una negociación desigual con los actores del sistema para desarrollar las estrategias centrales del fortalecimiento. La nueva ley propicia la universalización del aseguramiento de manera compulsiva, pero sostiene la diferencia estructural entre los dos regímenes: contributivo para quien cotiza y subsidiado para quien demuestre ser pobre (SISBEN 1 y 2). Supone

---

Salud-POS).

13 Hernández M. El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco, S. (editor) *La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá: Facultad de Odontología, Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2003: 463-479.

14 Estrada J. *Viejos y nuevos caminos hacia la privatización de la educación pública. Política educativa y neoliberalismo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

15 Conde A. Mercantilización del derecho ciudadano a la educación. En: Zerda A, Bejarano P, Orjueja F (eds.) *La educación superior. Tendencias, debates y retos para el siglo XXI. Sostenibilidad y financiación*. Cátedra Manuel Ancízar. Bogotá: Facultad de Ciencias Económicas, Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de Colombia, 2009: 145-164.

que las aseguradoras harán ahora "gestión del riesgo" y se articularán a los entes territoriales para tratar de prevenir y controlar los costos. Supone también que el Estado puede disminuir las asimetrías de información entre los agentes que se encuentran en ese mercado (usuarios, prestadores y aseguradores) e imponer sanciones a quienes se porten mal. Y aplaza las desigualdades entre los planes para pobres (subsidiado), para medios (contributivo) o para ricos (seguros privados), porque la "sostenibilidad fiscal" obliga a ser muy cuidadosos. En estas condiciones, los colombianos tendrán que seguir aceptando que haya salud para pobres, para medios y para ricos, sin afectar realmente los sobrecostos de la enorme intermediación de las grandes empresas que manejan el negocio (aseguradoras, grandes prestadores, industria farmacéutica)[16]. Esto se llama "confianza inversionista".

En educación, la argumentación parece irrefutable: la sociedad de hoy requiere ciudadanos más competentes; más de 3 millones se quedan por fuera de la educación superior y se requiere un sistema capaz de ofrecerles un cupo; como los recursos públicos son escasos en países pobres como Colombia, es necesario acudir a la "inversión privada" tanto de las familias que puedan pagar como del gran capital nacional y transnacional. Para ello, la única opción es lograr modelos de articulación de los recursos públicos y privados tanto financieros como institucionales y ampliar, con intervención del sector financiero, la participación de inversionistas en el mercado de los servicios educativos.

Por lo anterior, se requieren varias estrategias: primero, ampliar la competencia entre instituciones, que pueden ser públicas, mixtas o privadas, sin y con ánimo de lucro, en perspectiva internacional y suficientemente atractivas para la inversión del gran capital en todas ellas. Segundo, sostener

Si el fin es el buen vivir de las personas y no el negocio que pueda hacer cada cual con la necesidad del otro, las cosas podrían cambiar. Pero esto requiere un debate político profundo en la sociedad colombiana, en condiciones tales que nos permita reconocer las diferencias de manera legítima, sin señalamientos ni aniquilamientos. Implica un nuevo pacto político construido con la máxima participación, legitimidad y garantía de permanencia posible.

16 Hernández Álvarez M., Torres Tovar M. Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Medicina Social/Social Medicine*, 5 (4), dic. 2010: 241-245. En: http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/515/991 (consultado: 20-03-11).

un financiamiento público que combine mecanismos de oferta y demanda, con énfasis en la segunda. Por esto, se sostienen los presupuestos de las universidades públicas (subsidio a la oferta), pero se les obliga a pasar al "pago por cupo" (subsidio a la demanda) para recursos nuevos. Y, al mismo tiempo, se ofrece crédito blando para infraestructura de las instituciones privadas (subsidio a la oferta) y crédito condonable, subsidio de manutención y crédito educativo con pago contingente al ingreso (subsidio a la demanda), de acuerdo a la capacidad de pago definida por el SISBEN y otros mecanismos. Tercero, incorporar la gerencia empresarial en las instituciones públicas por medio de juntas directivas eficientes (aunque se sigan llamando "consejo superior universitario"), flexibilización laboral (profesores de cátedra sin régimen especial) y "convenios de desempeño" que garanticen la eficiencia en el gasto. Cuarto, un sistema de "aseguramiento de la calidad" por medio de la estandarización de los criterios según la lógica del mercado de los servicios educativos y del laboral globalizado, junto con muchos mecanismos de inspección, vigilancia y control que disminuyan las asimetrías de información entre los agentes. Otra vez, "confianza inversionista".

Se entiende, entonces, que el problema no es sólo si hay o no recursos suficientes, o si pueden o no entrar empresas con ánimo de lucro. El asunto es que la propuesta Santos no hace más que profundizar una tendencia que, sin duda, viene aumentando y podrá aumentar la cobertura de estos "servicios públicos" llamados salud y educación. Por ello, fortalecerá la "confianza inversionista" que favorece la vinculación de estos grandes negocios a la lógica de la financiarización y de la acumulación de riqueza global en la que nos encontramos, en un modelo de desarrollo extractivista que supone que las ventajas comparativas de un país como Colombia sólo están en los recursos naturales[17].

¿Favorece esta opción la calidad y la equidad? Si la calidad consiste en tener alguna competencia para trabajar en una división mundial del trabajo que deja para países como Colombia la más baja escala de capacitación, es posible. Si por equidad se entiende que cada consumidor encuentre lo que quiera y pueda, también. Pero si se quiere realmente cambiar la situación de consumidores de conocimiento, de exportadores de materias primas a costa del ambiente y la calidad de vida, y dejar de ser el país más inequitativo de la región del planeta más inequitativa del mundo, con violencias de todo

17 Hernández M. La reforma Santos a la educación superior: dos paradigmas, una sola sociedad. Razón Pública, Domingo, 24 de Abril de 2011. En: http://www.razonpublica.com/index.php?option=com _ content&view=article&id=1990:la-reforma-santos-a-la-educacion-superior-dos-paradigmas-una-sola-sociedad&catid=20:economia-y-sociedad&Itemid=29

tipo que no hacen más que crecer, debemos cambiar la ruta.

Para ello es necesario "poner la carreta detrás de los caballos". Esto resulta de diferenciar mejor fines y medios. Si el fin es el buen vivir de las personas y no el negocio que pueda hacer cada cual con la necesidad del otro, las cosas podrían cambiar. Pero esto requiere un debate político profundo en la sociedad colombiana, en condiciones tales que nos permita reconocer las diferencias de manera legítima, sin señalamientos ni aniquilamientos. Implica un nuevo pacto político construido con la máxima participación, legitimidad y garantía de permanencia posible. Por esta vía, tal vez podamos construir una nueva relación Estado-sociedad que nos permita encontrar novedosas maneras de aprovechar la globalización y lograr una sociedad capaz de reconocer las diferencias, superar las desigualdades injustas y hacer valer la voz de todos y todas para realizar nuestros proyectos de vida.

Fotografía: Prensa Universidad